

що доповнюють. Основні риси складають «ядро» особистості. У випадку яскравої вираженості основні риси стають акцентуаціями характеру. Відповідно такі особистості називаються «акцентуованими». Акцентуовані особистості не слід розглядати як патологічні, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть зруйнувати структуру особистості, набути патологічного характеру. Це особливо слід знати і враховувати лікарям при взаємодії з даною категорією пацієнтів.

Тому метою нашого дослідження було вивчення характеристик емоційно-особистісної сфери для визначення ролі психологічних факторів у генезі захворювання, визначення «внутрішньої картини хвороби» у пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної систем (ССС) та шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Для досягнення поставленої мети було обстежено 10 хворих з поєднаною патологією ССС, а саме з ішемічною хворобою серця, та ШКТ. Для дослідження акцентуацій особистості використано опитувальник Шмішека, куди входили 88 запитань, що стосувалися різних сторін характеру особистості. Відповідати слід було швидко, довго не думаючи, лише «так» («+») або «ні» («-»).

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що у цієї категорії пацієнтів переважали емотивна (18 %) та циклотимна (18 %) акцентуації, а також можна відзначити екзальтований (14 %) та гіпертимний (9 %) типи. Крім того, відмічаються тенденції до таких типів акцентуацій: тривожної, збудливої та педантичної. За результатами дослідження можна зробити такий висновок: слід враховувати акцентуації особистості при плануванні роботи з даною категорією пацієнтів, при повідомленні діагнозу, з метою корекції лікування, а також для визначення тих чи інших комплайнс-стратегій.

УДК 616.8-008.64-053.7-001.8

#### ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У СТУДЕНТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Л. Н. Гуменюк, Т. Э. Редзанова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

*Ключевые слова:* тревожные, депрессивные расстройства, реформирование высшего образования

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов выявлен быстрый рост депрессивных расстройств, в частности, отмечается значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у студентов высших учебных заведений (в 38—61 % случаев).

Цель исследования — изучение распространенности и клинико-психопатологических особенностей тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования.

В исследовании приняли участие 160 студентов 4—5 курсов экономического факультета Таврического национального университета, среди которых юноши составили 48,1 %, девушки — 51,9 %. Средний возраст исследованных —  $22,0 \pm 2,1$  года.

Для первичной оценки психического состояния использовали краткую скрининговую психиатрическую шкалу BPRS. Для определения выраженности депрессии — шкалу Гамильтона (HAM-D). Для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности — опросник Спилбергера — Ханина.

У 72 (45,0 %) студентов диагностированы тревожные и депрессивные расстройства непсихотического уровня. Клинико-синдромологический анализ позволил выделить три подгруппы: подгруппу с тревожно-депрессивными (ТДР) расстройствами — 38 (52,8 %) студентов; с депрессивными (ДР) — 19 (26,4 %) и подгруппу с тревожными расстройствами (ТР) — 15 (20,8 %). В подгруппе исследованных с ТДР у 63,1 % преобладал тревожно-депрессивный

синдром, у 15,8 % — тревожно-депрессивный с выраженным астеническим компонентом, у 15,8 % человек тревожно-депрессивный синдром с выраженным ипохондрическим компонентом и у 5,3 % — тревожно-депрессивный с фобическим компонентом. В подгруппе студентов с ДР у 57,9 % наблюдался депрессивный синдром, у 26,3 % — астено-депрессивный синдром, у 10,5 % — депрессивно-фобический и у 5,3 % — депрессивно-дисфорический. В подгруппе исследованных с ТР у 33,3 % человек преобладал тревожный синдром, у 40,0 % — тревожно-астенический, у 26,7 % — тревожно-ипохондрический.

По шкале Спилбергера — Ханина умеренный уровень ситуативной тревожности наблюдался у 38,3 % студентов, высокий уровень — в 58,9 %; умеренный уровень личностной тревожности был характерен для 20,6 % и высокий уровень — для 68,0 % исследованных.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 были установлены следующие диагнозы тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня: смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) — 34,7 % человек; легкий депрессивный эпизод (F32.0) — 36,1 %; неврастения (F48.0) — 16,7 %; генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — 8,3 %; смешанная тревожно-депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации (F43.22) — 2,8 %; умеренный депрессивный эпизод (F32.1) — 1,4 % исследованных.

Результаты исследования показали высокую распространенность (45,0 %) ТДР непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования, что свидетельствует о необходимости разработки адекватных подходов к диагностике данных расстройств, определения показаний и применения эффективных способов их профилактики, лечения и рекреативности.

УДК 616.89.617.52-006

#### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Л. Н. Гуменюк, В. А. Рослякова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь; Стоматологическая клиника, г. Харьков

*Ключевые слова:* опухоли челюстно-лицевой области, психоэмоциональное состояние

По данным ВОЗ, из 7 млн новых случаев онкологических заболеваний 25 % приходится на злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что у 70—80 % таких больных возникают те или иные психические нарушения.

Цель исследования — изучить особенности психоэмоционального состояния пациентов с опухолями челюстно-лицевой области.

Обследовано 50 человек (30 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст  $34,5 \pm 1,3$  года) с документированными опухолями челюстно-лицевой области. Структуру и интенсивность эмоций изучали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н. А. Марута, 2000). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу выраженности депрессии Гамильтона (HAM-D). Для оценки тревоги — клиническую шкалу тревоги Гамильтона (HAM-A) (M. Hamilton, 1960), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги.

Выявлено, что у обследованных преобладали негативные эмоции: общая неудовлетворенность (частота встречаемости  $98,1 \pm 1,3$  %, интенсивность  $3,9 \pm 0,6$  баллов); боязни ( $80,1 \pm 0,9$  %, интенсивность  $2,8 \pm 0,7$ ); тревоги ( $89,9 \pm 1,6$ ;  $3,6 \pm 0,4$ ); страха ( $88,1 \pm 2,7$  %;  $2,9 \pm 0,6$ ) чувство обиды ( $59,8 \pm 1,6$  %;  $1,8 \pm 0,6$ ).

При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у  $68,2 \pm 1,8$  % обследованных